FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

304

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 mai 1905, à 1 heure

PAR

H. MORISSET

De la Faculté de Médecine de Paris.

DE L'ACCOUCHEMENT

SPONTANÉ RAPIDE SANS SURVEILLANCE

DANS LE COMA ÉCLAMPTIQUE

Président : M. BUDIN, *professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY et RAYMOND, *professeurs.*
DEMELIN, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. REGLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de filiale affection.

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BUDIN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales, nous avons un devoir de reconnaissance à remplir envers tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs savantes leçons et de leurs bons conseils.

Nous remercions bien sincèrement nos maîtres dans les hôpitaux de Lille qui nous ont fait faire nos premiers pas dans ces études et nous en ont aplani les difficultés. Puis à Paris M. le Dr Huchard dont nous avons écouté les excellentes et intéressantes cliniques au lit du malade, M. le Dr Routier qui nous donna de bonnes connaissances chirurgicales Dans le service de M. le professeur Grancher, MM. les Drs Méry et Terrien nous firent apprécier leur scientifique enseignement.

Nous sommes aussi reconnaissant envers M. le Dr Auclair, de nous avoir accueilli avec bienveillance, durant les derniers mois de notre séjour à Paris, dans son service de consultations de la Pitié, nous

permettant ainsi d'approfondir nos connaissances dans l'examen clinique des bacillaires.

A tous nos parents et amis dont la sympathie ne s'est jamais démentie nous sommes heureux de dire ici toute notre gratitude.

Nous avons apprécié hautement le grand honneur que nous a fait M. le professeur Budin en voulant bien accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui offrir l'expression de notre reconnaissance et de l'assurer que jamais nous n'oublierons les sages conseils qu'il nous a prodigués durant notre stage à la Clinique Tarnier, et les leçons magistrales qu'il nous fit pendant notre séjour dans son service.

CHAPITRE I

Quelques mots sur les accouchements par surprise.

Des diverses définitions données des accouchements par surprise, il nous semble que la préférable est celle que nous trouvons dans la thèse inaugurale du Dr Kiproff. Celui-ci désigne sous ce nom, à la suite de P. Strassmann, les accouchements qui surprennent la femme et même les assistants par leur dénouement inattendu.

Ces accouchements arrivent parfois chez des sujets en bonne santé. Ce sont des exceptions à la loi de la nature puisqu'il est dit que la femme enfantera dans la douleur. Or, il arrive que tout le travail préliminaire à l'accouchement, les diverses modifications physiologiques que l'on constate normalement, se déroulent sans que la femme en ait conscience ou du moins avec une rapidité extraordinaire et surprenante.

Témoin ces quelques faits qui nous ont été signalés au cours des recherches qu'a nécessitées notre travail.

M. le Dr Lefour de Bordeaux nous fit l'honneur de

nous adresser deux observations qu'il a prises dans sa clientèle, ce dont nous ne saurions trop le remercier.

« D'abord une quintipare âgée de 30 ans qui, après avoir eu cinq grossesses normales, devient enceinte pour la sixième fois. Ses dernières règles remontent au 29 août 1891 (elles avaient duré du 25 au 29). On peut donc donner comme date initiale de la grossesse le commencement de septembre 1891. Or, le 11 juin 1892, par conséquent presqu'à terme, cette femme se réveille subitement à minuit. Instinctivement elle porte la main à sa vulve et s'aperçoit que la tête sortait. Elle appelle son mari, et déjà l'enfant criait entre ses jambes. »

« De même une primipare de 24 ans avait eu ses dernières règles du 2 au 7 novembre 1901. La grossesse était normale. Le 22 août, à deux heures du matin, la parturiente ressentit quelques coliques dans le bas-ventre, pour lesquelles elle me fit demander. A mon arrivée, à trois heures du matin, l'orifice de la dilatation était d'une pièce de 5 francs; après quelques instants de conversation, je passai dans la pièce voisine où je n'étais pas depuis dix minutes que l'enfant poussait des cris entre les jambes de sa mère ; celle-ci ne s'était pas aperçue du passage du fœtus. Cette femme, enceinte une deuxième fois, présenta de l'hydrorrhée pendant les deux derniers mois de sa grossesse. L'accouchement fut normal et accompagné de contractions douloureuses et pour la dilatation et pour l'expulsion. »

M. le Dr Favre, de la Chaux-de-Fonds (Suisse) à qui nous nous sommes aussi adressé, nous cite un accouchement analogue. Il s'agissait d'un enfant petit,

d'une parturiente qui avait déjà eu deux accouchements ; par suite les parois vaginales étaient relâchées. De plus les deux premiers accouchements avaient été très rapides : l'un d'une durée de cinq minutes, l'autre de quinze minutes. Le Dr Favre qui se trouvait chez cette dame, s'entendit soudain appelé par elle ; mais l'enfant était déjà né et la mère raconta qu'elle n'avait senti que deux contractions et cela dans l'espace d'une minute.

Il est évident que si les accouchements peuvent parfois se produire en parfaite santé sans aucune manifestation extérieure pour ainsi dire, les affections pathologiques qui menacent la femme enceinte seront des causes tout à fait prédisposantes à ces phénomènes.

Il nous a été donné pendant notre stage dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Budin d'assister à un accouchement d'un caractère tout particulier chez une femme plongée dans le coma éclamptique. Il nous a paru intéressant de rechercher les faits semblables dans la littérature médicale et les diverses observations prises dans les maternités.

CHAPITRE II

De l'Éclampsie.

Justement appelée d'abord par Tarnier, et ensuite (dans le *Manuel d'Accouchements*) par MM. Budin et Demelin, une maladie à surprises, l'éclampsie est un « syndrome caractérisé par des accès convulsifs dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique sont convulsivement contractés, accès le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des facultés sensorielles ou intellectuelles. » (Cazeaux).

Pour la dépister, plusieurs symptômes s'offrent à nous : présence de l'albumine dans les urines, œdème étendu. De plus les malades accusent souvent une céphalalgie intense, un peu de paresse intellectuelle. Souvent elles se plaignent d'une vive douleur épigastrique ; cette douleur s'accompagne même parfois de vomissements, soit que ceux-ci, qui signalent fréquemment le début de la grossesse, aient complètement

disparu, soit qu'ils apparaissent pour la première fois.

Ces divers phénomènes ont une durée très variable. Mais subitement il y a comme une intoxication aiguë et, c'est alors que surviennent les accès d'éclampsie, à la suite des circonstances les plus diverses, émotions, infection accidentelle, etc.

« C'est presque toujours par la face que débutent les convulsions. Les muscles du visage sont le siège de petits mouvements choréiques très peu étendus et très rapides, qu'on aperçoit facilement à travers la peau. Les paupières sont agitées par un clignement très rapide, mais assez étendu pour laisser voir le globe de l'œil qui roule en haut, puis en bas, et cela plusieurs fois de suite. Les muscles des ailes du nez, fortement contractés, tirent en dehors la base des narines ; la bouche est entr'ouverte et bientôt déviée par l'abaissement de l'une des commissures labiales ; la langue est projetée hors de la bouche. Ces convulsions de la face sont presque toujours plus prononcées d'un côté que de l'autre, habituellement du côté gauche. Puis la tête s'incline dans le même sens, et se rapproche de l'épaule.

« En même temps surviennent, dans les membres et surtout dans les bras, des secousses convulsives. Les avant-bras se tournent en pronation forcée ; les poings se ferment, le pouce fléchi dans la face palmaire, ou bien étendu et placé entre l'index et le médius. Les membres abdominaux au contraire ne participent presque pas à ces convulsions. Cette période dure rarement plus d'une minute.

« Tout à coup le regard devient complètement fixe ; la face comme surprise et immobilisée au milieu de son expression grimaçante, est à peine animée par quelques contractions fibrillaires peu étendues ; les masséters rapprochent fortement les mâchoires, et souvent la langue est profondément mordue, mutilée, lorsqu'on ne prend pas la précaution, ou de la faire rentrer, ou de s'opposer au rapprochement des arcades dentaires.

« Les membres et le tronc se raidissent dans l'attitude précédemment décrite ; la respiration se suspend. Il y a un moment d'immobilité générale, la mort paraît imminente ; on pourrait même croire que la malade a rendu le dernier soupir. Cette période est très courte. Sa durée n'est que de quelques secondes.

« Une détente survient bientôt ; elle est annoncée par une inspiration après laquelle la convulsion tonique disparaît pour faire place aux convulsions cloniques. Celles-ci se manifestent par des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement de tous les muscles de la face, du cou et des membres supérieurs, où ils produisent des secousses qui contrastent avec l'immobilité comparative des membres inférieurs, comme dans la période d'invasion.

« La face, qui était déviée vers l'un des côtés, revient sur la ligne médiane. La tête se balance d'un côté à l'autre. Les paupières s'ouvrent et se ferment brusquement avec une régularité rythmique. Les muscles orbiculaires des lèvres, canin et zygomatique, se convulsent cloniquement. La malade mâchonne ou sem-

bl e marmotter quelques mots : La face se congestionne, se bouffit, devient bleuâtre et livide. La respiration est incomplète, accélérée. L'air se mélange à la salive et au sang qui coule des morsures de la langue ; ainsi se trouve produite une écume sanguinolente qui remplit la bouche et sort entre les lèvres. L'aspect des malades est alors hideux.

« Les mouvement convulsifs des membres sont en général assez peu étendus ; la femme couchée sur le dos, conserve cette position sans qu'il soit besoin de la maintenir : il suffit de prendre quelques précautions pour l'empêcher de tomber hors de son lit (1). »

Les mouvements ne sont pas toujours aussi étendus et peuvent se limiter à un ou plusieurs membres. Quelquefois même l'affection n'est constituée que par des réactions sensorielles diverses, des signes d'intoxication générale plus ou moins graves et même mortels sans aucune convulsion : on se trouve alors en présence de « l'éclampsie sans attaques d'éclampsie », citée par M. le professeur Budin dans le *Manuel d'Accouchements*. C'est à ce titre que nous avons cru pouvoir relater l'observation communiquée par M. le Dr Augereau, où une malade à la suite de vomissements, tombe dans un coma prolongé suivi de mort.

Cette affection est une des plus graves qui menacent la parturiente.

1. *Traité de l'Art des Accouchements* de S. Tarnier P. Budin. Paris, 1898.

La mortalité pour la mère est plus grande chez les multipares et le pronostic devient plus inquiétant avec l'époque d'apparition de l'éclampsie. D'après Tarnier, la mortalité qui serait de 27 0 0 quand les accidents commencent pendant le travail, atteindrait 42 pour 100 s'ils débutent après l'accouchement.

La stabilité de la température est un signe favorable au point de vue des suites de l'éclampsie.

Il y a lieu de réputer de mauvais augure l'existence d'un coma profond que coupent les accès de délire aigu, de même que l'apparition de l'ictère, surtout si la température est élevée et les urines rares.

Le pronostic de l'éclampsie est encore aggravé par le fait que des hémorragies se produisent parfois et nécessitent la délivrance artificielle. De là, toute une série de dangers pour les malades. Il peut aussi se présenter des altérations de la caduque entraînant la rétention des membranes, ce qui peut amener des phénomènes infectieux très graves.

Le fœtus lui-même peut mourir par suite d'une apoplexie placentaire, d'une hémorragie par décollement du placenta normalement inséré, d'asphyxie compliquée d'intoxication sanguine au moment des crises maternelles. On a aussi observé des enfants qui ont présenté après leur naissance des attaques d'éclampsie. Ce sont toutes ces causes qui influent sur le pronostic à porter relativement au fœtus. (Tarnier indiquait une mortalité de 60 0/0).

CHAPITRE III

De certaines formes rares d'accouchements dans l'éclampsie.

Au milieu de toutes les convulsions de l'éclampsie, l'accouchement est souvent hâté et quoiqu'il s'agisse de primipares, la dilatation et l'expulsion se font très rapidement.

Chez ces malades, les contractions débutent souvent avec les premiers accès et le travail s'effectue d'une façon surprenante. « L'utérus, dit Cazeaux, semble parfois participer à l'irritation générale et expulse très facilement le fœtus, alors que le peu de dilatation du col devrait faire considérer la terminaison du travail comme très éloignée. » « Les contractions utérines peuvent acquérir une énergie telle que l'accouchement se termine tout à coup et à l'insu de tout le monde » (Lancelin) Lors même, rapportent Tripier et Raillard

que les accidents soporeux sont portés au plus haut degré, que la femme reste insensible à tous les stimulants de la vie animale, elle semble encore ressentir la douleur que lui causent les contractions utérines ; il est des cas cependant où l'accouchement a pu se terminer sans que sa physionomie ait trahi la moindre souffrance L'enfant a pu être chassé de l'utérus à l'insu de la mère et mourir asphyxié entre ses cuisses sans que rien n'ait pu faire soupçonner un travail aussi avancé. Cette expulsion imprévue tient parfois à ce que les assistants très préoccupés de l'état alarmant de la femme, s'inquiètent moins de surveiller la sortie d'un enfant qui a généralement succombé, et si l'enfant vivant, mais faible ou en état de mort apparente, n'attire pas l'attention par ses cris, le pronostic est fatal pour lui.

« Le col de l'utérus n'a pas en effet la rigidité que lui attribuait Jacquemier. Il s'efface, se dilate en fort peu de temps. Les parties molles, œdématiées, incapables de résister à la poussée utérine se déchirent... Il est donc de précepte de surveiller avec le plus grand soin les modifications qui surviennent dans la sphère génitale de ces malades ; mais elles peuvent être si rapides qu'elles trompent toutes les prévisions. « (Tarnier et Budin).

Déjà dans Hippocrate nous trouvons rapportée l'histoire de la femme d'Olympias. Parvenue au huitième mois de sa grossesse, elle fut atteinte de fièvre aiguë, suivie de mort apparente et elle accoucha dans le coma sans donner la moindre preuve de connaissance.

En un temps ou l'éclampsie n'était pas encore bien séparée des autres états pathologiques, Melchior Verdriés nous cite une observation intéressante dans les *Ephémérides curieux de la nature.* Anno 1711. — C'est l'histoire d'une femme qui, après avoir bu de l'eau très froide, fut prise d'une attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle les deux sages-femmes qui l'assistaient la laissèrent pour morte. Trois heures après, on trouvait sous les draps un fœtus mort et la mère commençait à donner signe de vie. Le lendemain matin elle avait recouvré le sentiment et affirma être au courant de tout ce qui s'était passé autour d'elle, et n'avoir éprouvé aucune douleur, avant, pendant, et après les attaques.

Denman conseillait à cause de cela de soulever de temps en temps le drap qui couvre la mère et à l'appui de son dire il cite le fait suivant, rapporté aussi par Panis: Une sage-femme quitta une malade sans avoir soupçonné le commencement du travail et trouva le matin, mère et enfant morts.

Nous trouvons encore dans Capuron une allusion à ce fait de l'accouchement par surprise; il parle d'une femme pléthorique à la fleur de l'âge qui accoucha en l'an XII à l'Hôtel-Dieu « pendant qu'elle était plongée dans un sommeil si profond qu'on l'eût pris pour une attaque d'apoplexie; lequel état avait succédé à de violentes convulsions et ne se dissipa qu'au bout de deux jours; à son réveil, la femme ne voulait même pas convenir qu'elle eût été enceinte. »

De Soyre parle aussi d'une femme Panard, âgée de vingt-cinq ans, qui accouche debout au pied de son lit, sans en avoir conscience, d'une fille pesant 3.400 grammes ; lequel enfant resta suspendu quelques instants par le cordon ombilical. Deux jours après survint une crise d'éclampsie suivie de perte de mémoire. Cette femme partit de l'hôpital huit jours plus tard.

Nous nous sommes adressé de divers côtés pour avoir la relation de faits semblables, mais le système de veilles, employé dans les maternités, rémédie à cet état de choses. C'est ainsi qu'en janvier 1901, à la maternité de Saint-Antoine, il était amené une femme qui avait eu trois accès d'éclampsie chez elle. Elle en présenta quarante-sept autres avant d'accoucher ; le 21 janvier 1901, elle perdit à 8 heures du soir de l'eau teintée de méconium. Les contractions utérines étaient très espacées. Le 22 janvier, à 7 heures du matin, en découvrant la malade pour faire sa toilette, on vit la tête du fœtus se présenter à la vulve, et la femme accoucha aussitôt spontanément d'une fille macérée, du poids de 2.450 grammes. La malade eut encore quatre crises après son accouchement.

Actuellement ces faits sont devenus tout à fait rares, tout au moins dans les maternités, comme nous le disions ci-dessus.

MM. les Professeurs Baigne de Besançon, Bleynie de Limoges, Guillemet de Nantes, Guillet de Caen, De Bonis de Reims, Boquel d'Angers, Planchard de Clermont-Ferrand, Lefour de Bordeaux, Kufferath de Bruxelles, Oui de Lille, Thierry de Tours, Vallois de

Montpellier, Goinard d'Alger, Fraipont de Liège auxquels nous nous sommes adressé et qui nous ont répondu assitôt avec bienveillance, n'en avaient aucun à nous signaler.

Nous remercions vivement MM. les professeurs Herrgott de Nancy, Fabre de Lyon, et Audebert de Toulouse de la considération qu'ils ont eue pour nous, en nous envoyant trois observations fort intéressantes.

Nous avons aussi beaucoup de gratitude pour M. le Dr Augereau de Velluire, (Vendée) qui nous a fait parvenir une observation relative à ce sujet.

OBSERVATIONS

Observation I (*résumée*) in thèse de Bouchet 1868.

Le 30 mars 1849, le docteur Bouchet fut appelé au village de l'Ile, commune de Villiers-sur-Chizé (Deux-Sèvres) auprès de la femme Bout, fermière. C'était une femme de vingt-huit ans, primipare, n'ayant jamais fait de fausse couche, de constitution lymphatique et légèrement rachitique. La colonne vertébrale était déviée de façon prononcée, mais les jambes n'étaient point arquées ; aucune déformation du bassin, point d'infiltration séreuse ; santé habituellement bonne ; pas d'attaques, ni d'hystérie, ni d'épilepsie.

A l'arrivée du docteur, la sage-femme avait constaté depuis plusieurs heures des tranchées utérines, mais le travail était peu avancé. Plusieurs attaques convulsives avaient eu lieu. Le col était peu dilaté. Le ventre n'était pas développé d'une façon exagérée.

Nouvelle attaque convulsive en présence du docteur. Saignée de 400 grammes. Au bout d'une demi-heure, nouvelle attaque, suivie de plusieurs autres, séparées par des intervalles pendant lesquels la connaissance ne revenait plus qu'incomplètement. Nouvelle saignée de 300 grammes. Les convulsions augmentèrent de nombre et d'intensité. Plusieurs personnes furent placées autour de la parturiente (sans la tenir) pour empêcher qu'elle tombât.

L'expulsion de l'enfant se fit à l'insu de tout le monde, et c'est seulement en entendant ses cris qu'on s'aperçut de sa venue au monde. C'était une fille de volume ordinaire qui fut retirée avec peine de dessous la mère. La délivrance se fit spontanément peu d'instants après.

Les convulsions ne cessèrent pas complètement, mais diminuèrent beaucoup et la femme avait entièrement repris connaissance douze heures après l'accouchement. Elle n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé, ne se rappelait pas les saignées, ne voulait pas croire qu'elle était accouchée, malgré les affirmations des assistants qui lui présentaient l'enfant.

Pas d'accidents dans les suites de couches. La malade fut assez longue à se guérir des nombreuses morsures qu'elle s'était faites à la langue. Cette femme n'est pas redevenue enceinte, a continué à bien se porter. Sa fille, revue dix-neuf ans plus tard, était bien constituée et douée d'une bonne santé.

Observation II (*résumée*) (in thèse de Boutin, 1865).

Femme de vingt-cinq ans. Réglée pour la dernière fois le 5 mai. Entre à la Clinique le 3 décembre à une heure moins 15 minutes du matin.

Elle se plaint de céphalalgie depuis le 2 décembre au matin. A 5 heures du soir, se déclare une attaque de convulsions générales, après laquelle elle tombe dans l'assoupissement. Elle a ensuite quatre autres attaques avant d'entrer à l'hôpital.

Urines albumineuses. Léger œdème autour des malléoles. Le col est ramolli et commence à s'effacer. Les battements du cœur sont très nets en avant et en gauche.

On lui fait une saignée, on pose des sangsues et on combat les attaques par la chloroformisation. En tout vingt-deux attaques, jusqu'au 7 décembre.

Le 7 décembre. — A 10 heures du matin, elle est examinée. On trouve l'orifice de la grandeur d'une pièce de 50 centimes

et dirigé en arrière ; la tête repose dans le segment inférieur sur l'orifice. Toute la matinée, elle a de légères douleurs. A une heure, l'enfant est expulsé ; il est trouvé couché sur le côté gauche : Enfant mort-né, du sexe masculin pesant 1.190 grammes.

Les jours suivants, la malade reprend une physionomie calme : la face est moins bouffie, l'intelligence revenue. Au quatrième jour, le 11 décembre, on fait une injection intra-utérine à cause de la fétidité des lochies. Le 16 décembre la malade va bien.

Observation III (in thèse de Sonrel, 1894).

La femme X..., âgée de trente-quatre ans vit dans son ménage et souffre beaucoup des mauvais rapports qu'elle a avec son mari, ivrogne avéré, rentrant tard et la battant parfois.

27 janvier. — Cette femme qui en est à sa troisième grossesse est enceinte de sept mois et n'a jamais eu aucun accident lors de ses couches. Le 27 au soir, elle va porter son ouvrage vers 5 heures et rentre à 7, par une pluie battante, qu'elle a reçue tout le long du chemin. En rentrant, se plaint de l'estomac, vomit et se met au lit. Son mari la veille une partie de la nuit, puis s'endort.

Le 28. — Le matin, en se réveillant, il entend sa femme râler, et ne peut la tirer de son sommeil. Elle était, en effet, plongée dans le plus profond coma, mais présentait de temps à autre des attaques convulsives, caractérisées par des secousses, des soubresauts, des convulsions. La face est vultueuse, les yeux sortis de leur orbite, une écume sanguinolente s'échappe de ses lèvres.

En raison de cet état, le médecin mandé la fait transporter à l'hôpital Saint-Antoine, où elle est admise le 28 janvier, à deux heures de l'après-midi.

L'interne de garde appelé en toute hâte, reconnaît là l'éclamp-

sie type. Cette femme avait la peau un peu brune, mais rien de spécial n'attire l'attention de notre collègue, qui, sondant la malade, recueille une urine où il lui est possible de déceler de l'albumine à flots.

Le soir, deux collègues se joignent à l'interne de garde et constatent, outre le coma, la respiration stertoreuse et l'écume à la bouche, une grande quantité d'albumine. Ils voient en outre un peu d'œdème à la face interne des tibias. Le cœur du fœtus ne bat plus. Par le toucher, on constate un col entr'ouvert et possédant encore une certaine longueur. Les sclérotiques (et un de nos collègues se rappelle avoir constaté ce signe, qui, au premier abord, n'avait pas grande importance) étaient jaunes lors de son entrée.

C'est alors que la soignant pour une éclampsie véritable on pratique une première saignée de 300 grammes.

Lundi 29. — A la visite du matin, même état de stertor, de coma, pas d'écume, n'a pas eu d'attaque d'éclampsie dans la nuit. Mais une teinte ictérique très prononcée est répandue sur les téguments.

Respiration fréquente et bruyante.

Pouls fréquent : 132. Température 38°2. Les pupilles sont inégales. Un peu d'œdème des membres inférieurs. On note en plus des taches de purpura, disséminées, larges comme de petites lentilles, se trouvant sur le cou et les membres.

Stertor et coma. Les membres retombent inertes quand on les soulève ; les pincements déterminent des mouvements lents de défense et quelques faibles gémissements. La sensibilité est conservée. Cette femme ressemble à une apoplectique dans le coma, sans paralysie. La teinte jaune fait penser à une intoxication phosphorée ; mais la démonstration du contraire fut vite établie.

Le foie est gros, mesure 12 centimètres et déborde les fausses côtes. Saignée de 200 grammes. L'urine est retirée avec une sonde, mais on ne trouve ni albumine, ni pigments biliaires.

Elle est d'ailleurs peu colorée. On n'a retiré que 500 gr ammes d'urine et l'on trouve 25 grammes d'urée par litre.

Le 29 au soir. — Même état toute la journée et le soir. Le coma persiste sans convulsions. Le jaunisse est encore plus étendue, avec des taches purpuriques nouvelles. Le ventre reste globuleux, aucun battement fœtal n'est perceptible. Urine retirée de la vessie, 50 grammes, peu colorée.

Dans la nuit du 29 au 30, après un ou deux cris, expulse spontanément le fœtus, au milieu d'une petite quantité de sang; la malade restant toujours sans parole, et dans le même état comateux, la fille de salle trouve tout de suite le fœtus couché entre les cuisses de la mère.

L'interne de garde, appelé, vient faire la délivrance, mais le cordon se casse entre les doigts. Hémorrhagie consécutive peu considérable.

Le 30 au matin. — On cherche à extraire le placenta; la main pénètre bien à travers le col, mais il est impossible de le décoller. Jaunisse un peu moins forte. Même état de coma. Il y a toujours absence de matière colorante de l'urine, et pas trace d'albumine.

On remarque une escarre au sacrum ou plutôt une phlyctène, qui semble devoir devenir le point de départ d'une mortification.

Le 30 au soir. — Même état de torpeur, n'a pas encore prononcé une parole. Le ventre est bien diminué et peu douloureux. L'utérus reste toujours occupé par le placenta.

La malade semble sortir de la prostration, mais ne peut encore répondre que par signes de tête et cris plaintifs Elle ouvre les yeux, regarde, mais ne semble reconnaître qui lui parle (mère, mari, fille de salle). Quelques phlyctènes, comme à la suite de brûlures, à l'extrémité des doigts.

Le 31 au matin. — Un peu moins de jaunisse. Semble sortir de son coma encore plus que la veille.

Elle ne parle toujours pas. La sensibilité est encore obtuse

Le 31 au soir. — Même état.

Le 1er février. — Déjaunie presque complètement, elle est couleur de cire, même état de torpeur. Toutefois le coma est diminué. Elle crie maintenant quand on la pince ; ne parle toujours pas. Il y a un peu de fièvre et de chaleur à la peau.

A 11 heures du matin, la respiration est un peu gênée. On recommence les tentatives d'extraction du placenta qui avaient été tentées la veille sans succès. Cette fois, elles réussissent et il n'y a pas d'hémorrhagie. Tout est enlevé pendant cette délivrance, la malade semble être sortie de son coma, toutefois ne parle toujours pas et ne cesse d'avoir de la fièvre. La respiration, avant comme après l'accouchement, est embarrassée. La peau est chaude, blanche comme de la cire. Température 39°. Les sclérotiques restent jaunes.

La malade meurt à 3 heures de l'après-midi, sans agitation. Elle s'est éteinte doucement avec le râle trachéal. L'oppression et la gêne respiratoire ont augmenté jusqu'au dernier moment. N'a pas parlé avant de mourir.

A l'autopsie, on trouve un foie gros (1864 gr.) brun jaunâtre, friable.

Des poumons congestionnés.

La substance corticale des reins légèrement dégénérée en graisse.

L'urine, examinée à l'entrée, a donné des précipités abondants d'albumine ; le pigment biliaire n'a pu être retrouvé en dépit de la jaunisse des téguments.

L'albumine a disparu dès le lendemain de son entrée.

Il semble que l'on ait eu affaire ici à une éclamptique prise subitement d'ictère, avortant de ce fait, et mourant en somme de son éclampsie en plein coma urémique.

Observation IV (due à l'obligeance de M. le Professeur Hergott de Nancy).

Mme X... vingt et un ans, primipare, entre à la maternité de Nancy le 13 janvier 1896 à 5 heures du soir ayant déjà eu depuis le matin quatorze crises d'éclampsie.

Elle est dans le coma éclamptique. — L'examen permet de constater un utérus presqu'à terme, le fœtus se présentant en OIGA. La tête est engagée ; on entend les battements fœtaux ; ils sont un peu sourds.

Au toucher, le col est ramolli, a encore toute sa longueur. M. le professeur Herrgott examine cette femme à 7 h. 1/2. L'utérus est tendu ; le col s'est effacé, l'orifice externe est dilaté comme 2 francs.

La malade a eu deux nouvelles crises depuis son entrée à la maternité.

A 8 heures 1/2 du soir, elle expulse un enfant du sexe masculin de 2800 grammes, alors que l'examen du col pratiqué quelque temps auparavant ne permettait pas d'espérer, ni de prévoir une issue aussi rapide. L'enfant a deux circulaires autour du cou. On s'est empressé de les dégager dès qu'on s'aperçut de la naissance de ce fœtus produite d'une façon si inopinée.

L'enfant, en état de mort apparente, ne peut malgré tout, être ranimé. Le cœur cesse de battre 3/4 d'heure après la naissance.

L'accouchée a encore douze crises d'éclampsie et finit par se remettre. Elle sort du service de M. le professeur Herrgott le 29 janvier.

Observation V

Clinique obstétricale de Lyon. Année 1897.

Accouchement par surprise dans le coma éclamptique. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fabre de Lyon).

M. Marie, dix-neuf ans, domestique.

La malade est amenée à la clinique le mercredi 7 avril à 11 heures du matin. Les seuls renseignements fournis par les personnes qui l'accompagnent sont les suivants :

La grossesse était ignorée dans l'entourage de la malade qui depuis deux jours seulement se plaignait de lassitude et de faiblesse générale dans les membres inférieurs, symptômes qu'elle combattait sans doute par de la suralimentation. Hier soir, 6 avril, elle s'est mise au lit à l'heure habituelle ; ce matin, ses maîtres, ne la voyant pas occupée à son service, ont pénétré dans sa chambre et l'ont trouvée en syncope.

Un médecin appelé en hâte a porté le diagnostic d'éclampsie puerpérale à crises subintrantes.

A son entrée à la clinique la malade présente le tableau suivant : la face est légèrement œdématiée et cyanosée ; la langue est épaisse, un peu saignante, elle a dû être mordue ; l'haleine est horriblement fétide. Le cœur est rapide, mais régulier et et sans souffle : il bat cent pulsations à la minute; la pointe est perçue dans le cinquième espace intercostal ; la percussion de la région n'indique pas d'hypertrophie de l'organe. Les doigts des mains présentent un peu d'œdème, celui-ci est beaucoup plus considérable aux membres inférieurs, infiltrés dans toute leur hauteur.

Le fond de l'utérus s'élève à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic; au toucher le doigt est amené sur un col

à orifice externe légèrement entr'ouvert ; on ignore d'ailleurs si la malade a eu des accouchements antérieurs Les bruits fœtaux ne peuvent être entendus en raison de l'agitation de la malade.

Le cathétérisme ramène 300 grammes d'urine fortement colorée dans laquelle on obtient, par l'acide azotique, un gros disque d'albumine.

11 h. 10.— Après les premières constatations, M. le chef de clinique se décide à prescrire le chloral.

On donne d'abord un lavement purgatif de 250 grammes (follicules de séné 8 grammes, sulfate de soude 20 grammes).

On pratique un lavage d'estomac sous chlorofome.

La malade absorbe peu d'anesthésique. On fait passer par le tube de Faucher 4 à 5 litres d'eau tiède. Aucun débris alimentaire n'est ramené et l'eau revient à peine troublée sans avoir subi de coloration par son passage dans l'estomac. On fait alors absorber 4 grammes de chloral en solution dans 500 grammes d'eau au moyen du tube de Faucher.

Le lavement est rendu au bout de 40 minutes avec des matières abondantes et fétides.

Après l'administration du chloral, l'anesthésie est suspendue et aussitôt éclate un état d'agitation qui se traduit par un tremblement violent des membres et surtout des membres inférieurs mais rien du côté de la face. Cet état dure environ 5 minutes. Mais la malade reste dans une agitation marquée; on est contraint de la maintenir dans son lit dont elle s'échapperait par des mouvements brusques et désordonnés. Les contractures musculaires et les tremblements des membres reparaissent de temps en temps et sont de très courte durée : la respiration est bruyante, entrecoupée de gémissements et de plaintes, l'effet du lavement purgatif se continue, la malade a des selles nombreuses, abondantes et très fétides.

12 h. — Un calme relatif a succédé à l'agitation des premiers instants. De nouveaux renseignements venus du dehors apprennent que la malade n'a pas eu d'accouchement antérieur. Le médecin appelé chez elle aurait assisté à une crise au moment de sa visite, soit vers 10 heures du matin.

12 h. 25. — La malade a une crise nettement caractérisée ; à la tétanisation générale et au tremblement de membres s'ajoutent d'autres signes : la respiration est suspendue pendant quelques secondes, clignotement des paupières, globe oculaire tourné à droite, langue mordue. La crise dure exactement une minute et demie.

12 h. 40. — On administre 2 grammes de chloral en solution dans 250 grammes d'eau, par la voie nasale. La température est de 37° 4 La malade a encore des selles mêlées d'urine.

1 h. 10. - Un deuxième lavement purgatif est donné. Il est immédiatement rejeté avec une grande quantité de matières.

3 h. Troisième lavement purgatif (250 gr.), qui amène des selles abondantes et fétides. En même temps on administre de nouveau 2 grammes de chloral par les mêmes procédés que précédemment. On retire par le cathétérisme 120 grammes d'urine.

5 h. — Pas de changement appréciable, sauf que la malade est de plus en plus calme, les battements fœtaux sont entendus ; on en compte 140 à la minute.

5 h. 55. — La malade prend une crise bien caractérisée, la pupille est dilatée, les yeux fortement déviés à droite, la face tournée du même côté, Des contractures musculaires débutent par le membre supérieur gauche, puis gagnent en s'irradiant, le tronc, le membre supérieur droit, et les membres inférieurs. Agitation des muscles de la face, clignotement des paupières, arrêt de la respiration. La crise dure une minute et quart. On administre de nouveau 2 grammes de chloral.

Le pouls est rapide, bat 120. La malade a comme ce matin, des périodes d'excitation qui reviennent environ toutes les dix minutes et coïncident avec des contractions utérines. On sent, en effet, à ces moments l'utérus se durcir, chaque contraction dure environ une minute.

9 h. — Le toucher pratiqué par M. Commandeur permet de constater que la présentation est descendue, le segment inférieur

semble se constituer. Le col est un peu effacé et toujours légèrement ouvert comme ce matin. Les battements du cœur fœtal sont bien. Ils sont à 160. La température de la malade est de 37° 7. Le pouls à 120. Le cathétérisme ramène 165 grammes d'urine. On donne 200 grammes de lait par la voie nasale.

Minuit. — La malade peut prendre deux cents grammes de lait par la bouche.

8 Avril. – 2 h. du matin. — On donne encore deux cents grammes de lait et on retire 150 grammes d'urine. L'agitation continue.

3 h. — La malade a une crise d'une durée d'une minute et semblable aux précédentes.

3 h. 15. — On donne 2 grammes de chloral. La malade est plus calme et dort profondément.

6 h. — On fait prendre 300 grammes de lait par la voie buccale.

7 h. 35. — 2 grammes de chloral.

9 h. 15. — On retire 80 grammes d'urine et on donne un lavement salé à 7 pour 1000 de 500 grammes. Ce lavement est administré au moyen d'une sonde de Nélaton, introduite le plus haut possible dans le rectum.

9 h. 45.— On donne 300 grammes de lait par la voie nasale.

Midi. — L'agitation reparaît et s'accentue. On donne encore 1 gramme de chloral dans 125 grammes d'eau.

2 heures. — 250 grammes de lait. Le cœur maternel est à 96. Le cœur fœtal à 140.

3 heures. — Un deuxième lavement d'eau salée est administré comme précédemment. A partir de ce moment, la malade prend toutes les trois heures, trois cents grammes de lait.

7 heures.—Le col utérin est très ramolli et assez dilaté, pour permettre l'introduction d'un doigt. La malade a des périodes d'excitation qui se reproduisent régulièrement toutes les trente minutes et se renouvelleront pendant toute la nuit.

9 Avril. — *5 h. 50.* — Après une nuit agitée, la malade

expulse brusquement et spontanément un fœtus de six mois 1/2, de sexe féminin d'un poids de 1.570 grammes.

La délivrance se produit quelques minutes après, sans que la malade soit sortie du sopor chloralique, il n'y a pas d'hémorragie, le placenta est de forme ovalaire et pèse 380 grammes.

En résumé, il a été administré en 13 heures, du mercredi à 11 heures, au jeudi à midi, 15 grammes de chloral. Ce traitement fut précédé d'un lavage de l'estomac et accompagné de trois lavements purgatifs qui ont amené une vraie débacle. Deux lavements d'eau salée. Lait. L'effet de ce traitement s'est manifesté par la rareté des crises dont les retours se sont progressivement espacés ; 2 heures entre la première et la deuxième. 5 heures entre la deuxième et la troisième, 10 heures entre la troisième et la quatrième. La durée de ces crises est allée aussi en décroissant : une minute et demie, une minute et quart, une minute.

En même temps l'albumine diminue dans les urines. Le dosage au tube d'Esbach a donné 1 gr. 75 centigrammes, le premier jour et 0 gr. 50 le deuxième.

Enfin les crises cessent complètement, et l'accouchement spontané donne un enfant vivant et termine la scène.

20 avril 1897. — L'enfant part guéri ainsi que sa mère quinze jours après l'accouchement.

Observation VI due à l'obligeance de M. le Dr Augereau de Velluire (Vendée).

Ursule G..., demeurant au Poiré-sur-Velluire (Vendée) âgée de vingt-deux ans, est issue de parents bien portants.

Réglée à 15 ans, régulièrement, elle fut elle-même indemne de toute tare pathologique jusqu'à 21 ans. A cette époque, elle eut un ictus qui s'accompagna d'hémiplégie droite et d'aphasie. Cette hémiplégie disparut d'ailleurs assez rapidement, mais l'aphasie ne s'améliora que partiellement. Elle devint enceinte

six mois plus tard. Cette grossesse fut normale jusqu'au septième mois (décembre 1899), où Mme G... fut prise de vomissements. Les vomissements durèrent deux jours, puis cette femme eut des difficultés de plus en plus grandes à parler et elle perdit complètement connaissance. Les urines examinées à ce moment (7 jours après le début des vomissements) révélèrent la présence d'une certaine quantité d'albumine. La malade ne présentait aucune convulsion. L'auscultation ne permit pas d'entendre les battements du cœur fœtal. Le col ramolli, n'était pas effacé.

Dans la nuit du septième au huitième jour, les assistants voulant vers quatre heures du matin donner quelques soins hygiéniques à la malade, furent tout surpris de constater entre ses jambes, la présence d'un fœtus mort.

La délivrance fut faite aussitôt par le médecin ; le périnée était intact.

A partir de ce moment, la situation ne fit que s'aggraver et seize jours après le début des accidents la malade mourait.

Observation VII (in *Marseille Médical* 1901).

Mme X..., entrée le 26 décembre 1900 à 10 heures du matin à la maternité, au septième mois de sa grossesse. Elle avait eu en ville plusieurs crises d'éclampsie et était dans un demi-coma. Le col avait toute sa longueur. L'orifice externe, à peine entr'ouvert, ne laissait pénétrer que la pulpe du doigt. Les urines contiennent 10 grammes d'albumine. La tension artérielle était de 16 1/2. Les crises se reproduisirent malgré le chloral et le chloroforme. Elles se succédèrent presque sans interruption. A 3 heures de l'après-midi, on trouvait l'orifice externe largement ouvert et l'orifice interne entr'ouvert. A 5 heures, en découvrant la malade, on trouvait entre ses jambes un œuf volumineux qu'elle avait expulsé intact pendant un accès d'éclampsie Cet œuf pesait 2 kilogr. 480. On voyait nettement le fœtus par transparence, à travers les membranes intactes.

A la suite de l'expulsion, l'état de la malade s'améliora. Elle resta pourtant dans le coma encore une partie de la nuit. La tension artérielle tomba à 11 heures. L'albumine disparut rapidement. Le 4 janvier, la malade va bien.

(*Marseille Médical.* Année 1901, page 58. Communication de M. Riss. Interne des Hôpitaux).

Observation VIII (in thèse de Collet, 1904).

A... Désirée, 39 ans, enceinte pour la septième fois, fut prise d'accès éclamptiques à la fin du huitième mois de sa grossesse. Elle fut amenée dans le coma à la maternité, le 2 octobre 1902. Elle avait déjà eu treize accès chez elle, de trois heures du matin à midi. A son arrivée, le col n'était pas effacé, les bruits du cœur ne furent pas perçus. Jusqu'à minuit, la malade eut quinze crises convulsives.

Le 3 octobre. — A deux heures du matin, le col souple et dilatable était en voie d'effacement. A quatre heures, en découvrant la femme, le fœtus mort fut trouvé expulsé entre ses jambes. Pas de lésions vulvo-périnéales. Pas d'hémorragie. La malade succomba dans l'après-midi du 3 octobre.

Observation IX (in thèse de Collet, 1904).

F... Marie-Ange, secondipare de vingt-six ans, est amenée à la maternité de Rennes le 6 décembre 1902, dans le coma éclamptique. Domestique dans une ferme située à six kilomètres de Rennes, elle fut prise le matin de ce jour de crises convulsives. Un médecin appelé, en reconnut la nature, mais jugea la malade transportable. Elle accoucha en voiture pendant le trajet. A son arrivée, l'enfant et le délivre complet furent trouvés dans ses jupes. L'enfant, du sexe masculin et paraissant à terme, était mort. Le cordon intact le reliait encore au

placenta ; celui-ci était parsemé d'infarctus blancs. La femme présentait une légère déchirure de la fourchette. Dans les trente-six heures qui suivirent son arrivée, elle eut douze crises convulsives. Elle guérit et sortit en excellent état le 24 janvier.

Observation X

(Recueillie durant notre stage dans le service de M. le professeur Budin).

La parturiente primipare âgée de vingt-sept ans a été envoyée le 10 mai 1903 à la clinique Tarnier par un médecin de Vanves qui, ayant été appelé auprès d'elle dans la soirée, l'avait trouvée plongée dans le coma à la suite de plusieurs accès d'éclampsie.

Sa belle-sœur qui l'accompagne donne les renseignements suivants :

La malade qui attendait sa délivrance vers la fin de mai, n'a présenté pendant sa grossesse aucun trouble bien marqué. Elle se plaignait bien quelquefois de l'estomac et de la tête ; mais ces malaises ne paraissent guère avoir dépassé ceux qu'éprouvent si souvent les femmes enceintes Couturière de son état, elle a continué son travail jusqu'au samedi, veille de son entrée à l'hôpital.

Vers la fin de mars, elle a été vue par la sage-femme qui devait l'accoucher. Celle-ci a examiné ses urines et n'a pas trouvé d'albumine, paraît-il.

Le samedi 9 mai, le paturiente se sent plus fatiguée que d'habitude. Elle passe la nuit sans pouvoir dormir. Elle étouffe, est obligée de quitter son lit ; elle souffre beaucoup de la tête et de l'estomac.

A 10 heures du matin, 10 mai, sa belle sœur qui vient la voir, la trouve dans un état inquiétant. Les maux d'estomac sont très violents et ont été suivis de vomissements qui paraissent avoir un peu soulagé le malade. Mais vers midi, un accès

d'éclampsie se déclare, et la famille alarmée se décide à aller chercher un médecin. On n'en trouve d'ailleurs pas.

Après le premier accès, la malade reprend à peine connaissance et ne prononce que quelques mots sans suite. Au bout de trois quarts d'heure, un nouvel accès éclate, et pendant toute la journée, ils se succèdent à intervalles réguliers, toutes les quarante minutes environ.

La malade, dans l'intervalle des accès est plongée dans un coma profond.

Enfin á 7 heures du soir, un médecin voit la femme et ordonne immédiatement son transport á l'hôpital.

A son arrivée, le 10 mai à 8 h. 1/2 du soir, la parturiente est plongée dans le coma. Elle à eu, paraît-il, un accès durant le trajet.

Un peu de salive sanguinolente s'échappe de sa bouche. Les membres sont en résolution complète, le teint est jaune, la respiration est stertoreuse.

On la monte aussitôt à la salle d'accouchement où on l'examine.

La grossesse paraît à peine de huit mois. Le fœtus est petit et se présente en OIGA. Les membranes sont intactes. Le col est long, imperméable au doigt. Les battements du cœur sont perçus, précipités et irréguliers.

La température est de 37°5.

On sonde la malade et on recueille une petite quantité d'urine couleur acajou foncé, qui se prend en masse sous l'action de la chaleur.

Les accès se succèdent pendant toute la nuit du 10 mai, aux heures suivantes :

9 h. 15., 10 h., 10 h. 35., 10 h. 53., 11 h. 20., 11 h. 35., 11 h. 45.

et se continuent le 11 mai à

1 h. 5., 1 h. 55., 2 h. 25., 3 h 10., 3 h 35., 4 h. 5., 5 h 40., 6 h. 25 et 8 h. 30 du matin.

La malade ayant eu dix accès chez elle, elle a eu en tout vingt-huit accès.

La température, prise après chaque accès, oscille entre 38°7 et 39°4.

M. le Dr Chéron, qui avait été prévenu, téléphone à M. le professeur Budin qui ordonne le traitement suivant : lavement purgatif, lavage intestinal, chloroforme. Tout cela a été fait successivement.

A 3 heures du matin, 11 mai, la malade est examinée, et on constate que le travail n'a fait aucun progrès. On la conduit alors dans une salle séparée, où elle est laissée sous la garde d'un stagiaire. La nuit s'écoule ainsi.

Vers 7 heures du matin, on constate que les bruits du cœur sont sourds.

A 9 heures, la femme est examinée de nouveau, et il n'y a toujours aucun signe de travail.

M. le professeur Budin, étant passé voir la femme à 8 heures, et ayant dit de faire une saignée, tout est préparé pour cette petite opération qui se trouve différée par l'arrivée de M. le Dr Demelin, qui fait la visite et examine plusieurs malades qui se trouvaient dans la salle d'accouchement.

Mr le Dr Demelin se dirige ensuite pour voir la malade, que le moniteur et la sage-femme n'ont pas vue depuis une demi-heure, étant occupés ailleurs. Il la découvre et constate aussitôt par le palper abdominal qu'elle est accouchée. En effet, son enfant est entre ses jambes. Tout le monde est stupéfait, surtout l'élève de garde, qui n'avait pas quitté la main de la malade depuis trois quarts d'heure et qui n'avait rien constaté d'anormal.

Mr le Dr Demelin examine le périnée qui présente une très légère déchirure.

L'enfant est mort ; le cordon ne présente aucun battement. C'est une fille, du poids de 1850 grammes.

Délivrance naturelle et complète à 10 h. 35 du matin du poids de 350 grammes.

La malade n'a presque rien perdu pendant l'accouchement. Il s'écoule une petite quantité de sang également très faible pendant la délivrance.

La température après l'accouchement est de 38° 8. A 11 h. 30 du matin, la malade n'avait pas eu de nouvel accès. Elle est toujours plongée dans un profond coma.

La teinte jaunâtre du teint s'est beaucoup accrue depuis hier.

Dans la matinée on avait fait prendre à la parturiente un gramme de calonel. Comme ce médicament n'avait produit aucun effet, on donne l'après-midi, un lavement purgatif qui provoque des garde-robes peu abondantes.

La température se maintient toute la journée dans les environs et au-dessus de 38° ; le soir, à 9 heures, elle atteint 38°8, le pouls est à 140.

A 11 heures du soir, 11 mai, un nouvel accès d'éclampsie éclate. C'est le vingt-neuvième depuis le début, et ce sera le dernier.

Pendant la matinée du 12 mai, l'état de la malade reste stationnaire. Elle est toujours plongée dans un profond coma. Il existe de la rétention d'urine, on est obligé de sonder la malade. Les urines sont peu abondantes et chargées d'albumine.

A 10 heures du matin, on donne de l'huile de ricin. Peu après, on lui fait un lavage intestinal de dix litres, ce qui amène une évacuation peu abondante. Dans la soirée, la température s'abaisse. Elle est de 36°8 à 3 heures de l'après-midi, Le pouls est à 100.

La nuit se passe sans que la malade reprenne connaissance. Mais le 13, au matin, elle ouvre les yeux et pour la première fois semble avoir conscience des choses extérieures. Sa physionomie est étonnée et quelque peu hostile. On lui demande doucement comment elle se trouve et elle répond avec brusquerie qu'elle n'est pas malade, qu'elle ne l'a jamais été, mais qu'on lui a fait beaucoup de misères ; elle se croit chez elle, environnée de voleurs.

A part ces troubles psychiques, l'état général est bon et la température reste normale pendant toute la journée. La quantité

d'urine émise dans les dernières vingt-quatre heures est de 1200 grammes.

Pendant la nuit, la malade a des hallucinations ; elle s'endort pendant dix à quinze minutes, puis se réveille en sursaut, se redresse brusquement et semble avoir peur.

La température s'élève. Le 14 mai, à 5 heures du matin elle est de 38°,6. Nouveau purgatif.

L'état s'améliore dans la journée du 15 mai.

On donne le soir à la malade un lavement de chloral et elle dort très bien pendant la nuit du 15 au 16 mai.

Au réveil ses idées sont beaucoup plus nettes : elle répond encore avec une certaine hésitation aux questions qu'on lui fait ; certains détails lui échappent, mais elle ne déraisonne pas comme les jours précédents.

La quantité d'urine a été de 1600 grammes dans la journée. Elles ne contiennent plus que 2 grammes d'albumine.

Depuis hier, les lochies étant fétides, on fait des injections au permanganate.

A 4 heures du matin, 16 mai, on donne de l'huile de ricin, qui provoque des garde-robes très abondantes et extrêmement fétides.

La température du matin est de 36°,8.

La malade monte à l'isolement, à midi.

La température du soir est de 37° le pouls est à 114.

On fait une injection utérine iodée. L'utérus est très antéfléchi, se vidant mal.

Les *17*, *18*, *19 mai*, on fait deux injections utérines par jour. Les lochies sont toujours fétides.

La température s'élève toujours jusqu'à 39°,2 le soir du 19 mai et le pouls est à 140.

Aussi, *le 20 mai*, M. le Dr Bouchacourt fait un curage digital et un écouvillonnage. L'utérus très perméable et très antéfléchi renferme quelques débris au niveau de l'aire placentaire.

Pansement à la glycérine créosotée et tamponnement. Le

tamponnement est enlevé le soir et on fait une injection utérine iodée.

Le 21. — On fait deux injections utérines.

Température le matin 36°,8, pouls 124.

— le soir 36°,8, pouls 140.

Le 22. — La température est de 37 est le pouls est à 120. On constate un léger trouble dan les urines.

Du 23 au 27. — La température est normale. Le pouls oscille entre 106 et 128. On continue le même traitement ; l'urine est normale. La malade commence à manger.

Du 27 au 30. — La température et le pouls étant normaux, on ne fait qu'une injection utérine par jour.

Le 31 et le 1er juin. — On ne fait plus que deux injections vaginales et le 2 juin, la malade descend dans les salles, d'où elle sort au bout de peu de jours.

Observation XI

Grossesse gémellaire. Eclampsie. Accouchement du premier fœtus dans le coma. Version interne pour le deuxième. Les deux enfants sont morts. Délivrance artificielle. Etat très grave. Infection puerpérale. Guérison. Due à l'obligeance de M. le Dr Audebert, professeur de Clinique obstétricale à Toulouse.

Mme L... primipare, âgée de 38 ans, couturière, a présenté des antécédents hystériques dans la seconde enfance.

Mariée depuis trois ans, elle devient enceinte vers la fin de novembre. D. R. du 15 au 18 novembre. Le début de la grossesse est marqué par des vomissements qui, tout en étant extrêmement fréquents, n'ont jamais altéré sensiblement sa santé. Vers le cinquième mois elle devient lourde, impotente, ne peut plus s'occuper de son métier ; œdème des jambes et bouffissure de la face ; régime alimentaire ordinaire. Dans le courant

du mois de mai, elle est prise d'éblouissements, de céphalées très intenses ; elle a constamment des brouillards devant les yeux. (C'est le mari, homme intelligent et aimant beaucoup sa femme, qui m'a donné tous ces détails). Une sage-femme consultée à ce moment déclare, sans avoir analysé les urines, que la grossesse est normale et que l'accouchement se fera le mois suivant. Je dois ajouter un détail qui finira de dépeindre cette matrone : elle ignorait l'usage du stéthoscope, et elle ne savait quelle était l'extrémité de cet instrument qu'il fallait appliquer sur la paroi abdominale.

Cet état de pré-éclampsie persiste en s'aggravant peu à peu, pendant les mois de mai et de juin. Le 28 juin, sans cause appréciable, débutent dans la matinée des attaques convulsives qui se répètent fréquemment dans la journée. La perte de connaissance et le coma se sont produits dès la première convulsion. Aussi quand j'arrive dans la soirée, je trouve Mme L... dans le coma le plus profond. Depuis une heure ou deux, les attaques éclamptiques avaient cessé, mais la malade était un un peu agitée, poussant par intervalles de sourds gémissements qui n'attirèrent pas autrement l'attention. Quand je soulevai le drap pour l'examiner, je trouvai entre les cuisses de la parturiente un enfant dont la mort paraissait déjà remonter à quelques heures (cordon flétri, épiderme macéré et légèrement desquamé par endroits); le liquide amniotique dans lequel il baignait était un peu brunâtre, mais non franchement teinté en vert. Cet enfant qui n'a pas été pesé, paraissait âgé de 7 mois environ. La sage-femme et le mari qui n'avaient pas quitté la chambre ne s'étaient douté de rien.

L'abdomen restait très volumineux et par le palper, il me fut facile de reconnaître la présence d'un second fœtus se présentant transversalement. Je crus entendre quelques battements cardiaques, et je fis immédiatement la version par manœuvres internes qui fut aisée. Mais le second enfant était mort comme le premier.

La délivrance artificielle que je pratiquai immédiatement

s'accompagna d'une notable hémorragie et d'une aggravation très marquée de l'état général, à tel point que je restai 5 minutes sans pouvoir percevoir la moindre pulsation radiale. Les injections d'éther et d'eau salée stérilisée réussirent à remonter cette malheureuse qui présenta en outre des suites de couches pathologiques (endométrite puerpérale et phlegmatia alba dolens).

Mme L... que j'ai suivie depuis, n'a pas eu d'autres grossesses ; sujette depuis lors à des crises de léthargie qui durent parfois quelques heures, elle a été obligée de renoncer à tout travail.

CHAPITRE IV

Quelques considérations sur les accidents et complications pouvant résulter de ces accouchements.

Si nous envisageons les accidents pouvant résulter de ces accouchements précipités, non surveillés, nous les voyons se rapporter soit à la mère, soit au fœtus. Ils peuvent encore intéresser les deux à la fois, s'ils affectent les annexes.

Et d'abord du côté maternel :

Nous avons en premier lieu les déchirures du périnée. « Les parties molles, œdématiées, incapables de résister à la poussée utérine peuvent se déchirer ». (Tarnier et Budin) Puzos avait trouvé une comparaison ingénieuse pour mettre ce fait en lumière. « Il en est, dit-il, de la dilacération modérée ou de celle qui n'a d'autres bornes que le fondement, comme du déchirement qui se ferait à un papier dans le milieu duquel on aurait fait un trou plus petit que ne serait le doigt, qu'on voudrait cependant faire passer à travers ce trou. Il est certain que si l'on poussait le doigt avec violence dans ce

petit trou, il se fera dans le papier un déchirement plus grand que l'espace nécessaire pour le passage du doigt, si on le conduisait et si on le poussait doucement. »

La primiparité serait une cause favorable pour les déchirures dans les cas de ces accouchements rapides. Les parties génitales de la femme ne sont pas préparées en effet par des travaux antérieurs à l'issue d'un corps aussi volumineux qu'un fœtus. D'ailleurs, il s'agit souvent de tissus infiltrés œdématiés, offrant une moindre résistance.

Ces lésions sont produites par des fœtus relativement petits en général, mais cette chose paradoxale peut s'expliquer par la rapidité avec laquelle la tête traversant l'excavation est projetée au dehors sans que l'élasticité naturelle des parties molles ait eu le temps d'être mise en jeu.

Les véritables causes de ces lésions sont : *a)* le défaut de soins en vue de protéger le périnée, ce qui s'explique par la rapidité du travail ; (nous avons, en effet, observé chez M. le professeur Budin, le fait suivant ; dans l'accouchement qui fait l'objet de la dixième observation, le toucher avait été pratiqué par la sage-femme en notre présence à peine une heure avant le passage de M. le Dr Demelin et celle-ci n'avait pas constaté de commencement de dilatation) ; *b)* la déflexion prématurée de la tête (« Le pubis au lieu de se mettre en relation avec le sous-occiput est plus ou moins rapproché de la suture lambdoïde ; il en résulte que la tête de l'enfant au moment de son dégagement se présente par des diamètres dont les dimensions sont bien supé-

rieures à celles des diamètres sous-occipitaux (Auvard); *c)* le dégagement trop brusque des épaules.

Mais dans tous ces cas, « l'expulsion trop violente et trop rapide de la tête du fœtus peut déchirer le périnée sans lui faire éprouver cet excès d'extension lente qui détruit à la fois sa cohésion et sa vitalité » (Danyau). Et de ce fait, on peut conclure qu'avec ces déchirures nettes, toutes les conditions sont favorables à une réunion immédiate : les lésions que nous avons trouvées signalées dans les observations citées plus haut, n'ont présenté aucune gravité et n'ont été l'objet d'aucune intervention opératoire.

Il pourrait toutefois se produire aussi des déchirures du col utérin, car il est fort probable que dans ces cas de dilatation si rapide, l'accouchement se fait sans que cette dilatation soit complètement achevée ; l'on se trouverait alors en présence de lésions plus graves, analogues même à celle que signalait M. le professeur Budin dans son ouvrage *Obstétrique et Gynécologie,* où il y est fait mention chez une parturiente récemment accouchée, de l'existence d'une déchirure totale du périnée, intéressant la cloison rectovaginale sur une hauteur de quatre centimètres, et d'un décollement de la paroi inférieure du vagin.

A côté de ces complications, nous pouvons encore nous attendre à voir survenir de l'inertie utérine au moment de la délivrance, par suite de la déplétion brusque de l'utérus.

Les lésions du placenta albuminurique prédisposent encore à l'infection puerpérale, à cause de la rétention

des membranes ou d'une partie des cotylédons. C'est ainsi que la malade que nous avons observée chez M. le Professeur Budin présenta un état assez grave pour nécessiter un curage digital et un écouvillonage ; il est juste de constater d'ailleurs, qu'à la suite du traitement suivi, tous les phénomènes infectieux disparurent rapidement (1).

Du côté des annexes on a observé entre autres faits, l'expulsion simultanée du fœtus, du placenta et des membranes. L'observation que nous trouvons relatée dans le *Marseille médical* de 1901 en est un bel exemple, et il est à remarquer que si dans ce cas, il n'y a eu aucune complication du côté maternel, on aurait pu se trouver en face d'une hémorrhagie produite par le décollement prématuré des membranes.

Il peut aussi y avoir des accidents provenant de la rupture du cordon. Si l'on s'en rapporte aux faits cités par MM. les Drs Budin, Bontemps et Perret, on constate que cette rupture peut se produire alors même que la femme est dans le décubitus horizontal Elle peut être consécutive à la brièveté naturelle ou

1. Cette infection n'éclate pas plus souvent que dans les autres accouchements. Il est admis maintenant, surtout depuis M. Tarnier, qu'elle résulte la plupart du temps de l'introduction de microbes dans le vagin par des procédés explorateurs ou des objets non aseptisés (canules, etc.) Semmelweiss avait déjà conclu que dans les accouchements par surprise, malgré les conditions défavorables dans lesquelles ils se terminaient, les suites de couches étaient considérablement meilleures que celles des parturitions observées dans son service.

accidentelle du cordon, à la présence de circulaires qui constituent de véritables points faibles, propices à ces déchirures.

Ces ruptures du cordon peuvent devenir graves pour le fœtus en produisant chez lui des hémorrhagies ombilicales qui compromettent son existence.

Mais cette existence est déjà en jeu, par ce fait que la mère, plongée dans le coma, ne peut attirer l'attention sur son enfant et celui-ci dès lors court grand risque d'asphyxie. C'est ainsi que dans l'observation I, le médecin assistant nous dit qu'il eut grand'peine à dégager l'enfant de dessous la mère. Denman nous rapporte la mort d'un enfant dans les mêmes circonstances. Il peut ainsi se produire toutes sortes d'anomalies, soit que l'enfant, comme dans une observation de Kiprolf, reste assez longtemps à l'orifice vulvaire, les membranes appliquées sur la tête, soit que des circulaires serrées fassent une véritable constriction et que le fœtus meure véritablement étranglé par son cordon (Négrier). (Observation IV due à l'obligeance de M. le Professeur Herrgott.)

Il faut encore envisager la possibilité d'une grossesse multiple, comme dans l'observation XI que nous a communiquée M. le Professeur Audebert et les interventions que peut nécessiter cette anomalie : extraction du second fœtus, délivrance artificielle, toutes manœuvres qui demandent la plus grande attention de la part du praticien au point de vue antiseptique ou aseptique.

CONCLUSIONS

L'accouchement spontané rapide dans l'éclampsie, quoique rare, est un phénomène auquel on doit prendre garde puisqu'il peut se faire sans aucune manifestation extérieure de la part de la mère. Il peut être facilité par le petit volume du fœtus qui se dégage ainsi plus aisément : ce sont en général, des accouchements prématurés.

Des accidents et complications qui peuvent en résulter, il faut redouter :

1° Du côté de la mère, les déchirures du périnée et des organes génitaux, les hémorragies, les complications infectieuses.

2° Du côté des annexes, l'expulsion simultanée du placenta, la rupture du cordon, la rétention des membranes.

3° Du côté du fœtus, l'hémorragie ombilicale, l'état d'infériorité où le met l'absence des soins qui lui sont nécessaires.

Il faut donc exercer une surveillance attentive sur

l'éclamptique et durant les accès et pendant leur intervalle : « Une éclamptique ne doit jamais rester seule » suivant le conseil d'Auvard.

Le rôle du médecin sera de préparer la guérison par le régime lacté absolu, de combattre le mal à l'aide de lavements de chloral, de saignées, d'inhalations de chloroforme au début des accès, de veiller à ce que la malade ne se morde pas la langue. On devra aussi *veiller étroitement aux modifications de l'appareil génital*, et songer quelquefois, sitôt la dilatation complète, à terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version et l'extraction.

Vu : le Président de la thèse
BUDIN

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité d'accouchements 1898.

Bonnemaison. — Des accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications *Th. Paris*, 1897.

Bontemps. — Observation sur un cas de rupture spontanée du cordon ombilical. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1888 tome XIX.

Bouchet. — Considérations sur l'éclampsie puerpérale et le traitement de cette maladie. *Th. Paris*, 1868.

Boutin. — De l'éclampsie puerpérale, *Th. Paris*, 1865.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchements. 1904.

Budin. — *Obstétrique et gynécologie*, 1886.

— *Thèse d'agrégation*, 1878.

— Rupture du cordon pendant l'accouchement due à l'expulsion brusque du fœtus. *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 1887. Tome XVIII.

Capuron. — Traité d'accouchements, 1828.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1883.

Coliez. — Quelques considérations médico-légales sur les accouchements inconscients et sans douleur, *Th. Paris*, 1899.

Collet. — De l'accouchement spontané rapide et de l'expulsion imprévue du fœtus au point de vue obstétrical et médico-légal. *Th. Paris*, 1904.

Davau. — De l'éclampsie puerpérale. *Th. Paris*, 1853.

Delaye. — De l'éclampsie puerpérale. *Th. Paris*, 1854.

Denman. — Introduction à la pratique des accouchements. Vol. II, traduit par Kluyskens, Gand, 1802.

Duquesnel. — De l'éclampsie chez les femmes enceintes ou en couches, *Th. Paris*, 1857.

Fontaine. — De l'éclampsie puerpérale, *Th. Paris*. 1861.

Félice (de) — Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie, *Th. Paris*, 1901.

Ganière. — De l'éclampsie avant, pendant et après l'accouchement *Th. Paris* 1864.

Jeancour. — Considérations sur les accouchements naturels et sans douleurs. *Th. Paris* 1858.

Kiproff. — Contribution à l'étude des accouchements par surprise *Th. Paris* 1904.

Lamare. — De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical *Th. Paris* 1888.

La Motte (De), — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature 1721.

Lancelin. — Éclampsie pendant la grossesse. *Th. Paris* 1852

Laugier. — Quelques considérations sur l'éclampsie durant la grossesse et la puerpéralité *Th. Lyon* 1885.

Licht. — De l'éclampsie avant, pendant et après l'accouchement. *Th. Paris* 1862.

Macé. — De l'éclampsie puerpérale *Th. Paris* 1856.

Mauriceau. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris 1694

Négrier. — Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon ombilical au terme de la gestation. *Annales d'hygiène et de médecine légale* 1841. Tome XXV.

Panis. — Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience *Th. Paris*, 1861.

Perret. — Observation de rupture spontanée du cordon ombilical dans un accouchement normal. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1888. Tome XIX.

Puzos. — Traité des accouchements 1759.

Raillard. — De l'éclampsie chez les femmes enceintes ou en couches. *Th. Paris* 1855.

Riss. — *Marseille-Médical* 1901.

Sallé. — Contribution à l'étude des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement, *Th. Paris* 1893.

Semmelweiss.— Aëtiologie des Puerperafiebers bei den Sturzgeburten, 1861.

Seure. — Etude sur la contraction utérine et la douleur dans l'accouchement. *Th. Paris* 1863.

Sonrel. — Contribution à l'étude des accès éclamptiques *Th. Paris* 1893.

Soyre (De-). — De l'éclampsie puerpérale, *Th. Paris* 1852.

Strassmann. — Uber Sturzgeburt. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, octobre 1890.

Tarnier, Chantreuil et Budin. — Traité de l'art des accouchements 1882-1901.

Tripier. — De l'éclampsie puerpérale. *Thèse* 1854.

Winckel. — Uber die Bedeutung praecipirter Geburten fur die Aëtiologie des Puerperal fiebers, Munchen 1884.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS. 7

CHAPITRE I. — *Quelques mots sur les accouchements par surprise.* 9

CHAPITRE II. — *De l'éclampsie.* 12

CHAPITRE III. — *De certaines formes rares d'accouchements dans l'éclampsie.* 17

Observations. 22

CHAPITRE IV. — *Quelques considérations sur les accidents et complications pouvant résulter de ces accouchements.* 44

CONCLUSIONS. 49

BIBLIOGRAPHIE 51

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris